CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

L'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

PAR

Félix BOULLE

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1895

INTRODUCTION

C'est une question déjà vieille, que celle du traitement de l'hématocèle rétro-utérine, et cependant l'accord n'est pas encore fait entre les gynécologistes sur la meilleure voie à suivre pour arrêter une hémorrhagie intra-pelvienne d'origine génitale.

Dans ces dernières années, à l'instigation de Lawson Tait en particulier, on a prétendu que la laparotomie était indispensable ou en tout cas préférable à une intervention par la voie vaginale pour guérir une hématocèle pelvienne et en prévenir la récidive.

Nous voulons montrer, à l'appui d'observations récentes, et de deux observations recueillies dans le service de M. le professeur Blum, que l'élytrotomie, opération si simple et à la portée de tous les praticiens, suffit au contraire dans la très grande majorité des cas d'hématocèle rétro-utérine, même s'il s'agit de la forme dite cataclysmique de Barnes, due à la rupture d'un kyste fœtal (surtout avant le cinquième mois).

Pour faire cette étude, nous avons pensé qu'il était indispensable d'insister dans une première partie sur quelques points de l'anatomie pathologique de l'hématocèle et sur les formes cliniques de cette affection ; nous discuterons alors dans la deuxième partie la valeur de la laparotomie et de l'incision vaginale ; nous verrons ce qu'il

faut penser de l'abstention, à quel moment il faut opérer ; puis, après avoir indiqué la conduite à tenir pendant le temps qui précèdera l'intervention chirurgicale, nous décrirons le manuel opératoire de l'incision vaginale.

Avant d'entrer dans notre sujet nous prions M. le professeur Blum, à qui nous devons l'inspiration de ce modeste travail, d'agréer nos plus sincères remerciements. Que son interne, M. Mouchet, soit assuré de notre reconnaissance pour la complaisance qu'il a mise à nous rédiger les observations des malades de M. Blum. Et qu'enfin, notre excellent ami, le Dr Louis Coronat, qui nous a si obligeamment aidé de ses conseils et dans nos recherches bibliographiques, soit assuré autant de notre profonde amitié que de notre impérissable souvenir d'années d'études.

Mais nous croirions manquer à tous nos devoirs, de ne pas dire en finissant combien nous devons à nos maîtres de Lyon, de Marseille, et à ceux de Paris, chez lesquels nous avons été pendant deux ans et demi en qualité d'externe, MM. Polaillon, Renault, Talamon, et M. le professeur Duplay, à ces maîtres vénérés qui nous ont guidé dans les études si difficiles du début de la médecine, et qui nous ont fait aimer leur enseignement et la pratique médicale.

PREMIÈRE PARTIE

De l'hématocèle rétro-utérine ; ses formes cliniques ; son diagnostic.

C'est à Nélaton que nous devons et la première description clinique de cette affection et son traitement par l'incision dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Depuis ce grand clinicien on n'a rien changé à la description clinique qu'il avait faite de cette affection, mais on a fait au traitement qu'il avait institué des critiques nombreuses, qui, justifiées à une certaine époque, ne le sont plus aujourd'hui.

Pour juger donc plus sûrement la valeur de ce procédé thérapeutique, étudions rapidement en quoi consiste l'hématocèle pelvienne.

On devrait réserver le nom d'hématocèle pelvienne à toute hémorrhagie d'origine génitale et enkystée ; mais comme beaucoup de ces hémorrhagies d'origine génitale ne s'enkystent pas au moment même où elles se produisent, nous comprendrons dans notre étude, à l'exemple de M. Cestan (th. de Paris, 1894), l'hémorrhagie pelvienne et l'hématocèle rétro-utérine. Une hémorrhagie d'origine génitale peut par sa marche rapide, par son abondance, envahir brusquement la grande cavité péritonéale, et entraîner la mort rapidement à moins d'intervention précoce, bien qu'elle ait

une grande tendance à s'enkyster ; ou bien se faire plus lentement, s'enkystant très rapidement, et mériter vraiment seule le nom d'hématocèle pelvienne.

L'hémorrhagie pourrait encore se faire dans le ligament large ; mais cette affection, appelée justement hématome, ne nous occupera pas ici.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur les causes de ces hémorrhagies péri-utérines et péri-annexielles. Tous les auteurs admettent que la rupture d'un kyste fœtal entre pour au moins 90 0/0 dans l'étiologie de l'hématocèle pelvienne ; les autres causes, plus rares, seraient soit une salpingorrhagie, soit la rupture d'un hémato-salpinx, ou d'un kyste hématique de l'ovaire. Cependant, au dire de certains chirurgiens (Condamin, Ricard), ces dernières causes seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit.

Cette étiologie ne nous intéresse que parce que nous voulons montrer, contrairement à l'opinion de certains auteurs et en particulier de Lawson Tait, de Martin, et de quelques Américains, que, quelles que soient leurs causes, ces hémorrhagies tendent toujours et toutes à s'enkyster et par conséquent à former une tumeur dont le traitement sera le plus souvent différent de celui d'une hémorrhagie banale.

Les plus graves hémorrhagies intra-péritonéales, d'origine génitale, seraient dues à la rupture d'un kyste fœtal. Celles dues à une salpingorrhagie, à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, etc., seraient, de l'avis de tous les auteurs, celles qui donnent lieu aux hématocèles de petits volumes, à ces hémorrhagies qui par la lenteur de leur production s'enkystent le plus vite et le plus facilement. Voyons d'abord ces dernières. Les malades chez lesquelles

elles se produisent ont toujours eu antérieurement, de l'avis de tous les auteurs, de la salpingite ou plutôt des phénomènes de salpingo-ovarite, qui ont amené de la péritonite plastique dans le petit bassin, de telle sorte que l'hémorrhagie rencontre des adhérences plus ou moins solides qui vont l'arrêter ou la modérer assez pour que de nouvelles adhérences se forment aux points où il en manquerait (Veit), et qu'ainsi se constituent ces hématocèles pour lesquelles un certain nombre même de laparotomistes à outrance, se contentent parfois de l'incision vaginale, ou même s'abstiennent de toute intervention chirurgicale. D'ailleurs personne ne nie que ces hémorrhagies se ne fassent dans les conditions désirables pour qu'elles s'enkystent.

Revenons alors aux hémorrhagies intra-péritonéales par rupture tubaire. Et d'abord quelle est la cause de la grossesse extra-utérine ? C'est encore une question, il faut le dire, qui n'est pas définitivement résolue. On ne peut pas établir d'expériences de laboratoire ! Il faut donc rechercher dans les interrogatoires des malades, dans les résultats opératoires, si l'on ne trouverait pas l'explication de cette greffe de l'œuf en dehors de l'utérus. Nous n'avons pas à passer ici en revue toutes les explications qui en ont été données. Mais un fait qui a frappé tous les cliniciens, et Lawson Tait en particulier, c'est que toutes les malades qui ont fait une grossesse extra-utérine ont présenté quelques mois ou quelques années auparavant des signes non équivoques de salpingo-ovarite. Or ces phénomènes inflammatoires n'ont pas pu exister sans amener du côté du péritoine péri-annexiel une réaction d'intensité variable, se traduisant anatomiquement par la production d'adhéren-

ces plus ou moins solides aux organes voisins. Voilà ce que donne *toujours* l'interrogatoire des malades. Et d'autre part, si l'on essaie de produire chez des lapines des grossesses extra-utérines, on se rend compte que vraisemblablement ce qui empêche la greffe de l'œuf dans les trompes, c'est précisément l'état normal, absolument sain de leur cavité (1). C'est au moins ce qui semble résulter d'une thèse inspirée par M. le professeur Mathias Duval au docteur Tainturier.

Enfin, d'autre part, les laparotomies pratiquées dans les premières heures qui ont suivi une hémorrhagie intra-péritonéale ont montré « très souvent » (nous ne pouvons pas dire « toujours » parce que les protocoles des observations publiées n'en parlent pas tous), ont montré, disons-nous, des reliquats de péritonite pelvienne.

Nous pouvons donc dire que, dans la très grande majorité des cas, sinon toujours, une grossesse extra-utérine est causée par une salpingite ancienne, et qu'ainsi, lors de la rupture tubaire, l'hémorrhagie rencontrera des adhérences qui, si elles ne l'arrêtent pas et ne la limitent pas très vite, la mettront dans les meilleures conditions pour s'enkyster, comme Veit l'a expliqué (2).

Dans 13 observations que publie Gusserow (3), qui est pourtant grand partisan de la laparotomie dans l'hématocèle rétro-utérine, il est noté quelquefois (nous ne pouvons pas dire toujours parce que ces observations sont très suc-

(1) Voir Tainturier, thèse de Paris, 1895.

(2) Veit, Ueber intra peritoneale Blutergüsse, 1890. *Sammlung klin. Vortraege*, 1-33. Leipzig, 1890-1894.

(3) Gusserow, Erfahrüngen ü. die oper. Behandl. geplatzter tubenschwangerschaft. *Berlin. klin. Woch.*, 1892, n° 22.

cinctes, et que l'auteur n'a peut-être pas attaché à ce fait assez d'importance), il est noté la présence de caillots. Or il s'agit de laparotomies faites le jour même de l'apparition des premiers symptômes de l'hématocèle rétro-utérine, c'est-à-dire, de signes d'une hémorrhagie intra-péritonéale, n'ayant pu encore s'enkyster pour donner naissance à la tumeur rétro-utérine qui seule constitue l'hématocèle pelvienne vraie. Or, si Gusserow avait attendu 2-3 jours, il aurait vu ces caillots commencer à faire corps avec quelques points de péritonite plastique préexistants pour constituer l'enkystement de l'hémorrhagie, ainsi qu'en font preuve 7 autres observations du même auteur, sur lesquelles nous aurons à revenir, et où il s'agit de laparotomies faites 7-14 jours après les débuts de l'hémorrhagie ; on constatait alors toujours une membrane d'enkystement extrêmement solide. Les auteurs classiques admettent d'ailleurs que l'enkystement est la règle. Mais Lawson Tait prétend au contraire que l'enkystement est l'exception, (nous parlons toujours des cas graves, des cas dus à une rupture tubaire) «. L'on ne peut nier que Lawson Tait n'ait une autorité très grande en ce point », dit Cestan (1), « et cependant il existe des faits indéniables, très nombreux, où l'enkystement se produit. Nous ne pouvons trouver, dans l'existence de lésions péritonéales antérieures, une raison suffisante pour expliquer la différence, car il faudrait supposer que la péritonite aurait toujours manqué chez les malades de L. Tait et aurait toujours existé chez les autres. Nous refusons de répondre ». M. Ces-

(1) Cestan, Thèse Paris, 1894, p. 122.

tan pense d'autre part que beaucoup d'hématomes doivent être pris pour des hématocèles rétro-utérines. On ne peut pas cependant dire que les hématocèles rétro-utérines vraies, soient ou moins fréquentes ou moins bien diagnostiquées dans les services de gynécologie des professeurs Laroyenne, Zweifel, etc. La vérité nous semble plutôt être dans ce fait qu'un très grand nombre d'hématocèles sont opérées trop tôt, avant qu'elles soient des hématocèles, quand en somme on n'avait affaire qu'à des hémorrhagies pelviennes dont on pouvait attendre l'enkystement qui n'aurait pas manqué de se faire dans la majorité des cas. D'ailleurs plusieurs auteurs, et Veit (1) en particulier, ont montré qu'une « hémorrhagie intra-péritonéale chez une femme jusqu'alors bien portante amène très rapidement la mort, ou — sauf complication — le sang ne s'enkyste pas et est assez rapidement résorbé ».

Nous ne voulons pas dire qu'il faudrait toujours attendre cet enkystement ; nous verrons plus loin qu'il y a des hémorrhagies pelviennes qui ont amené la mort d'une façon presque foudroyante ; il s'agissait alors probablement de rupture d'un kyste fœtal de plus de 5 mois. Mais nous verrons que, par ce fait que ces hémorrhagies se trouvent dans les meilleures conditions pour s'enkyster, si l'on ne peut attendre que cet arrêt naturel de l'hémorrhagie se fasse, on n'est pas en droit dans la grande majorité des cas d'exposer la malade immédiatement après les premiers accidents à une opération aussi grave qu'une laparotomie, sous le prétexte que cette hémorrhagie ne trouve pas les condi-

(1) *Loco citato*.

tions naturelles pour s'arrêter et qu'il faut immédiatement faire la ligature du point qui saigne.

Pourquoi alors se fait cet enkystement ? On reconnaît à cela trois principales raisons : parce que 1° la pression abdominale devient à un moment donné égale, puis supérieure à celle du sang, et arrête ainsi l'hémorrhagie ; 2° parce que l'hémorrhagie se produit le plus souvent lentement, et 3° parce que cette hémorrhagie se fait dans un péritoine déjà malade, toutes circonstances favorables à la coagulation progressive de dehors en dedans, coagulation aidée encore par l'élimination de nucléine qui se fait dans les tissus environnants irrités et enflammés (Sænger) (1) amenant le dépôt de fibrine qui constituera les parois de la poche hématique.

En résumé un premier point semble acquis pour nous, confirmant les opinions classiques de Pozzi, Petit et Bonnet, Segond, etc : c'est que toute hémorrhagie intra-péritonéale et d'origine génitale tend réellement à s'enkyster, et souvent très vite, en 7 à 14 jours (observations de Gusserow).

Mais voyons rapidement les principaux symptômes et les signes de diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine.

D'après M. Condamin (2), il y a lieu de distinguer trois formes de cette affection :

1re FORME : Une grossesse extra-utérine se rompt de très bonne heure, il y a une hémorrhagie intra-péritonéale qui

(1) SÆNGER, *Centralb. f. Gynäk.*, p. 580, 1893.
(2) CONDAMIN, Trait. par la voie vagin, des hématocèles. *Archives de tocologie*, fév. 1895, p. 144.

s'écoule par l'utérus : le fœtus meurt : et tout rentre dans l'ordre sans avoir donné lieu à des symptômes sérieux.

2e forme : Il s'agit d'une rupture tubaire de 1 ou 2 mois, se faisant le plus souvent à l'époque d'une menstrue. La malade se plaint de douleurs abdominales, un peu de fatigue générale. Au toucher, on sent une petite tumeur grosse comme le poing, siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, tumeur plus ou moins facile à délimiter, qui guérit spontanément sous l'influence du repos et des révulsifs.

3e forme : C'est l'hématocèle volumineuse, se faisant par plusieurs poussées, accompagnées de graves accidents subits d'anémie, si graves qu'on croit que la femme va succomber à son hémorrhagie. C'est la forme dramatique de Bernutz, cataclysmique de Barnes. Mais, dit Condamin : « La femme fait si facilement du sang ! » Avec du repos, de la glace sur le ventre, etc. la tumeur s'enkyste rapidement, la femme revient à elle, et se trouve dans de meilleures conditions pour permettre qu'on se pose la question de l'intervention.

Enfin nous distinguerions volontiers une 4e forme que nous appellerions foudroyante. On en a des exemples. On a cité des cas de mort en une demi-heure (Goodell), en 2 heures (Harrison), en 3 heures (Lawson-Tait), en 12 à 14 heures (Doran). Mais ainsi que le dit Condamin de par l'expérience du professeur Laroyenne, ces cas de mort rapide en quelques heures sont très rares, ils appartiennent à ces ruptures de grossesse extra-utérine de 5 ou 6 mois, qui elles-mêmes sont fort rares. Il s'agit en fait alors d'une véritable hémorrhagie intra-abdominale à la recherche de

la source de laquelle il faut aller immédiatement sous peine de perdre sa malade.

Dans la très grande majorité des cas, dans la presque totalité des cas dirons-nous, il s'agit de la 2e ou 3e forme.

Nous n'avons pas à faire le diagnostic de cette affection ; rappelons seulement qu'au cas où l'on est appelé au moment même où apparaissent les violentes douleurs et les signes brusques d'anémie, il faut penser, ainsi que le dit Cestan (1), d'abord à la rupture d'un kyste fœtal, alors même que l'interrogatoire de la malade n'indiquerait rien de ce côté, parce qu'une femme par intérêt ou par nature ment trop facilement ; ce n'est qu'après avoir éliminé ce diagnostic qu'il faut songer aux coliques hépatiques ou néphrétiques, ou à une perforation intestinale. Nous mentionnerons, comme erreurs de diagnostic qui ont été faites, celles de Fauvel, Fuchs, etc. (qui diagnostiquèrent un empoisonnement grave), celles de Béhier, Schrœder, etc. (perforation intestinale ou étranglement interne), celles de Berlin, Barker, Engelmann, etc, (appendicite) etc., etc. En somme, le diagnostic n'est pas toujours commode tant que l'enkystement de l'hémorrhagie ne s'est pas encore fait ; il devient au contraire certain à ce moment, grâce aux signes classiques sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Mais, bref, on a diagnostiqué la rupture d'un kyste fœtal ou une hémorrhagie enkystée, de cause incertaine, dans le cul-de-sac de Douglas, que faut-il faire ?

(1) Cestan, Th. de Paris, 1894.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

CHAPITRE PREMIER

De la laparotomie et de l'incision vaginale. Indications et contre-indications.

Nous ne ferons pas l'historique du traitement de l'hématocèle péri-utérine. Il ne serait ici d'aucun intérêt. Rappelons, pour mémoire cependant, qu'avec Récamier, Nélaton on faisait la ponction et l'incision ; après eux la ponction seule ; plus tard on s'abstenait de toute intervention chirurgicale en raison des nombreux accidents à l'abri desquels on ne savait pas se mettre dans les temps préantiseptiques. Quand on apprit à se préserver des infections, on en revint à l'incision précédée ou non de la ponction, ou à la ponction seule. Enfin, la chirurgie s'enhardit, on ouvrit le ventre pour arrêter l'hémorrhagie, ou pour prévenir sa répétition quand elle avait déjà cessé et que l'enkystement s'était fait.

Les chirurgiens se sont divisés alors en deux clans : les uns, toujours laparotomistes, à quelque forme d'hémato-

cèle qu'ils aient affaire ; les autres repoussant formellement toute intervention autre que l'incision vaginale ; enfin un certain nombre, les éclectiques, réservant la laparotomie seulement aux formes foudroyantes d'hémorrhagie intra-pelvienne.

Nous verrons ensuite que certaines formes d'hématocèle ont été traitées par l'expectation.

Il est enfin une opération qui a été proposée par M. Pozzi, la laparotomie sous-péritonéale, sur laquelle nous n'insisterons pas ici, parce qu'elle n'a été employée que très rarement (deux fois croyons-nous), et que nous ne saurions dire par conséquent ce qu'il y a lieu d'en espérer.

Nous allons diviser la question en deux paragraphes : *a*) l'hémorrhagie extrêmement abondante n'est pas enkystée, *b*) l'hémorrhagie est enkystée.

Nous avons vu dans le chapitre Ier que l'hémorrhagie se trouvait dans toutes les conditions voulues pour s'enkyster. Nous allons revenir un peu sur ce point, et montrer d'autre part que les raisons qui font pratiquer la laparotomie par les uns, peuvent valoir également en faveur de l'incision vaginale, et qu'ainsi le chirurgien en présence d'une hémorrhagie non encore enkystée peut attendre l'enkystement ou au moins agir par la voie vaginale comme s'il s'agissait d'une hématocèle enkystée.

a) L'HÉMORRHAGIE N'EST PAS ENCORE ENKYSTÉE.

Il y a des femmes qui, ayant présenté ou non des signes de grossesse extra-utérine, font tout à coup une hémorrhagei considérable dans le petit bassin ; le pouls devient in-

comptable ; le facies est pâle, la respiration anxieuse ; il y a des frissons, des nausées ; les extrémités se refroidissent, le collapsus s'installe, la femme est presque mourante. Que faut-il faire ? Les uns disent : laparotomisez immédiatement; les autres avec Laroyenne montrent les dangers d'une laparotomie dans de telles conditions ; les troisièmes avec le professeur Le Dentu disent à leur tour : « Ne vous effrayez pas, attendez ; si trois ou quatre heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment ».

Voyons si l'on peut affirmer en pareil cas que l'enkystement va se faire.

Nous avons déjà vu que Lawson Tait considérait comme exceptionnel l'enkystement. Et cependant n'est-il pas un des premiers à avoir remarqué la fréquence de l'existence d'une salpingite antérieure en cas même de rupture tubaire? Donc il existe bien, même pour les laparotomistes, un péritoine très disposé à réagir devant une hémorrhagie à la manière que nous avons montrée plus haut. D'autre part, ainsi que le dit Routier (1), la fréquence et la bénignité relative de la péritonite pelvienne ne prouvent-elles pas qu'il y a dans le péritoine du petit bassin une tolérance, un manque (relatif) de susceptibilité qui autorise à utiliser ces propriétés pour attendre l'enkystement de la tumeur sans trop redouter son infection, soit par les salpinx malades, soit par l'utérus, soit par le vagin quand on opérera par cette voie. Si l'on considère d'autre part, ainsi que le dit Condamin (2), comme « la femme fait si facilement du sang », a-t-on le droit de s'effrayer outre mesure des pre-

(1) Routier, *Annales de gynécologie*, t. 33, 1890, p. 8.
(2) Condamin, *Archiv. de tocol.*, février 1895, p. 144.

miers symptômes graves d'anémie et de collapsus ? D'ailleurs nous rapporterons plus loin trois observations de Condamin, ayant trait à la forme dite dramatique, et montrant qu'on est bien en droit d'attendre l'enkystement. Enfin 13 observations de Gusserow (1), malheureusement trop peu détaillées, signalent au cours de la laparotomie, pratiquée le premier jour où s'étaient montrés les symptômes de l'affection, des caillots dans l'épanchement. Ces caillots ne sont-ils pas la preuve que l'enkystement allait se faire, puisqu'on sait qu'une hémorrhagie dans un péritoine sain se résorbe très rapidement ?

Nous pensons donc que, même en présence de ces formes graves, il faut attendre avant de songer à faire une laparotomie. Des laparotomistes comme Gusserow en sont déjà revenus sur leurs premières idées. Qu'on réfléchisse enfin aux dangers d'une laparotomie dans ces conditions. Condamin dit : « Pendant tout le temps où l'opérateur enlèvera les caillots, cherchera le point qui saigne, point toujours difficile à trouver, la malade perdra les dernières gouttes de sang qui l'empêchent de tomber en syncope définitive. Je suppose que le chirurgien a été assez heureux, ou si l'on veut assez habile pour faire rapidement l'hémostase, il lui faudra encore, s'il ne veut pas perdre ensuite sa malade d'infection, faire une toilette soignée du péritoine, enlever des caillots souvent adhérents aux intestins et cela sur une malade dont le pouls est imperceptible. Ce n'est pas tout encore : dans le plus grand nombre de cas, il sera obligé de drainer largement avec un

(1) Gusserow, *Berlin. klin. Woch.*, 1892, n° 22.

Mickulicz qui sera en même temps hémostatique, et alors tous les dangers d'une infection secondaire, toutes les craintes d'une suppuration prolongée, toutes les appréhensions d'une éventration ultérieure devront hanter son esprit ».

Enfin une dernière raison qu'invoquent les laparotomistes pour justifier leur intervention, est qu'il faut enlever les annexes, lier les trompes rupturées qui peuvent saigner abondamment bien que dans la plupart des cas le saignement soit produit par de tout petits vaisseaux [Veit (1)]. Eh bien, cela n'est-il pas possible par la voie vaginale? Les observations de Condamin que nous allons rapporter le prouvent suffisamment. Auparavant disons, pour terminer ce paragraphe sur les dangers et l'inutilité de la laparotomie, qu'on rencontre souvent, même au premier jour de la forme cataclysmique, des adhérences intestinales et épiploïques difficiles à détacher, et de nombreuses petites ligatures à faire (10 dans les cas de Martin, Baumgærtner).

OBSERVATIONS DU PROFESSEUR CONDAMIN (2).

Il s'agit de 3 malades de la forme cataclysmique de Barnes, opérées suivant la méthode du professeur Laroyenne, c'est-à-dire quand tout danger de syncope cardiaque a disparu : anesthésie à l'éther, ponction dans le cul-de-sac postérieur du vagin avec le trocart de Laroyenne, débridement vaginal avec le métrotome, extirpation des annexes, lavage de la cavité.

(1) Veit, *Sammlung klin. Vorträge.* Gynäk., 1-33. Leipzig, 1890-94.
(2) Condamin, *Arch. de tocol.*, fév. 1895, p. 144.

Obs. I. — Femme Ch. M... 21 ans. En avril, symptômes de grossesse; à la fin de mai, douleurs abdominales extrêmement vives avec tendance à la syncope et au collapsus. On l'apporte presque mourante à l'hôpital. Le pouls était insignifiant : on ne juge pas une intervention opportune à cause de l'état de faiblesse générale. Repos absolu. Glace sur le ventre qui est météorisé ; potion stimulante.

Le lendemain et les jours suivants l'état général s'améliore. On constate une masse volumineuse dans le cul-de-sac gauche et rétro-utérin. Tuméfaction remonte jusqu'à 2 doigts au-dessous de l'ombilic.

28 *mai*. — Ponction et débridement. Il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre avec des caillots.

M. Condamin, après la toilette de la cavité hématique avec l'éponge, fait l'exploration de la poche et réussit à amener dans le vagin une masse molle, adhérente aux parois latérales. On en fait l'excision après avoir placé une pince courbe sur le pédicule. On s'aperçoit alors manifestement qu'il s'agit d'une trompe rompue présentant dans un point de sa cavité une petite masse granuleuse, ayant toutes les apparences d'un placenta.

Une éponge est placée dans la cavité pour arrêter l'hémorrhagie qui est assez abondante. L'état général resta précaire pendant quelques jours, puis la malade reprit le dessus et rapidement la grande cavité hématique diminua de volume.

18 *juin*. — La malade sort avec une toute petite mèche de gaze iodoformée dans une toute petite cavité.

25 *juillet*. — Guérison achevée constatée à une visite que vient faire la malade.

Obs. II. — Femme B. S., 43 ans. Depuis juillet 1894 signes de grossesse,

Vers le 15 septembre douleurs très vives dans le bas-ventre qui l'obligent à garder le lit. Huit jours après, nouvelle poussée douloureuse avec affaiblissement progressif.

Troisième poussée le 4 *octobre* 1894. On l'apporte très gravement malade à l'hôpital. Elle prend des syncopes fréquemment. On la met au repos absolu, la tête très basse, en raison de l'état d'anémie céré-

brale qu'elle semble présenter. On constate à un examen forcément un peu superficiel qu'il existe un peu d'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas qui est douloureux. Pas de pertes sanguines ; sous l'influence du repos, son état s'améliore, mais elle présente un peu de fièvre.

17. — On peut constater une tumeur rétro-utérine.

Opération. — La malade, quoique encore assez faible, est endormie à l'éther. Ponction et débridement par la voie vaginale. Ecoulement d'abord d'un liquide noirâtre, sanguinolent. On extrait avec une cuiller une certaine quantité de gros caillots, plus ou moins adhérents aux parties voisines. A ce moment, par l'orifice vaginal, s'échappe un fœtus de 4 à 5 centimètres, bien conformé. En arrière de l'utérus on sent une masse plus résistante à laquelle est accolé un ovaire. On l'attire dans le vagin avec une pince fenêtrée. On s'aperçoit qu'il s'agit d'une trompe rompue. On place un fil sur le pédicule tubo-ovarien, et on enlève le tout au-dessous de la ligature.

Eponge imbibée de pétro-vaseline iodoformée à cheval sur le débridement vaginal. Pas d'hémorrhagie.

18. — On enlève la pince et l'éponge hémostatique. On constate que la grande cavité qui renfermait les caillots est complètement revenue sur elle-même et affleure presque la paroi postérieure du vagin.

24. — Il ne reste plus qu'un très faible trajet qu'on maintient encore béant. Guérison.

Obs. III. — F. M... 24 ans, toujours mal réglée, quelquefois deux fois par mois. Il y a onze mois, fausse couche. En septembre 1894 réglée cinq fois.

7 *octobre* 1894. — Douleurs assez vives dans le bas-ventre. Puis brusquement des irradiations extrêmement douloureuses sont survenues du côté gauche avec irradiations dans la région lombaire. Angoisse profonde ; tendance à la syncope. Teint extrêmement pâle, anémie profonde.

On l'apporte à l'hôpital presque mourante. Le pouls est à peine perceptible. La malade n'a pas sa connaissance, elle prend coup sur coup plusieurs syncopes. Devant la gravité de cette situation on attend pour

intervenir. On la couche la tête très basse avec de la glace sur le ventre. Piqûres d'éther.

Elle reste toujours dans cet état. Le pouls cependant avait repris un peu de consistance.

15. — La malade reprend connaissance. Pouls favorable, et la malade commence à s'alimenter. On l'examine alors et l'on constate une collection volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas, collection remontant à l'ombilic. On attend encore pour intervenir.

17. — Ponction et débridement vaginal sans anesthésie. Issue de caillots très nombreux au milieu desquels on trouve un œuf du volume d'une noisette, renfermant un fœtus parfaitement reconnaissable.

Toilette aussi soignée que possible de la cavité hématique. Un ovaire scléro-kystique est en prolapsus dans la cavité de Douglas. On l'enlève par la voie vaginale pour éviter les douleurs qui pourraient résulter de cette position vicieuse et des adhérences fœtales quand la poche se sera rétractée. Il n'y a pas d'hémorrhagie. On place une éponge à cheval sur l'orifice vaginal.

20. — La malade va bien. Pas de température. On enlève la pince qui était placée sur le pédicule ovario-tubaire. Il n'a été enlevé qu'une très faible partie de la trompe dont la partie rupturée n'a pu être retrouvée.

Obs. IV (Thèse de Daszkiewicz, Breslau, nov. 1882). — Femme Krimper, 31 ans, toujours bien réglée ; a eu deux enfants. Dernière règles il y a environ un mois. A la fin d'avril, la malade en portant un lourd fardeau ressent une violente douleur dans le ventre, comme si quelque chose y éclatait. La douleur cessa pour reparaître plus violente encore deux jours aprés. Repos forcé au lit.

10 jours après, abondantes métrorrhagies, avec douleurs si vives que la malade prenait plusieurs syncopes.

Amenée à l'hôpital, le Dr Spiegelberg diagnostique une hématocèle rétro-utérine.

La malade est opérée le 21 mai 1881 : ponction puis incision sagittale du cul-de-sac postérieur. Lavages avec l'acide phénique. Drain en T ; tampon salicylé. Plusieurs lavages quotidiens salicylés.

12 *juin*. — On enlève le drain.

17. — La malade sort guérie.

Les règles sont revenues absolument normales dix semaines après l'opération.

En résumé si l'on ne peut affirmer que l'enkystement va se faire, on est réellement en droit de l'attendre, de par les observations de Condamin, de par celles des laparotomistes ayant déjà constaté un commencement d'enkystement au cours de leurs opérations ; enfin on est également en droit de repousser la laparotomie, si celle-ci n'est imposée que pour l'ablation des annexes, puisqu'on peut procéder à cette ablation par la voie vaginale, de telle sorte que même pour les cas d'hématocèle rétro-utérine à forme cataclysmique l'incision vaginale suffit et rend inutile toute autre intervention chirurgicale.

Cependant nous n'oserons pas dire que la laparotomie soit une mauvaise opération. Lawson Tait opéra une malade sans pouls, ayant une température de 36°, sans réaction pupillaire, qui finit par guérir. Lammiman (1), Tuffier (2) ont ainsi laparotomisé des femmes « dont l'état général était celui d'une moribonde ». Condamin, dans ses observations rapportées ci-dessus, fit cependant l'incision vaginale à trois femmes « apportées à l'hôpital presque mourantes », mais dont on remonta un peu l'état général avant de les opérer.

En somme la laparotomie nous semble être surtout une opération inutile pour la très grande majorité des cas.

(1) Lammiman, *The Lancet*, 30 déc. 1893.
(2) Tuffier, *Soc. de chirurgie*, 22 nov. 1893.

Qu'elle puisse rendre des services quand elle est faite par des opérateurs éminents, c'est possible ! Mais alors quand ? C'est ce que l'examen attentif et comparé des observations de laparotomie et d'incision vaginale ne nous permet pas de dire. Peut-être s'il s'agissait de la rupture d'une grossesse tubaire du 5e ou 6e mois ! Ces cas sont très rares.

Donc l'incision vaginale répond à toutes les indications de l'hématocèle pelvienne à forme cataclysmique. Mais il est encore un certain nombre de moyens médicaux nécessaires à mettre en usage en présence d'une telle hémorrhagie intra-abdominale en attendant et pour favoriser son enkystement, ou au moins pour mettre la malade en état de mieux résister à une intervention chirurgicale. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet.

b) L'HÉMORRHAGIE EST ENKYSTÉE.

Passons en revue toutes les indications que les laparotomistes ont cru bon de donner dans les cas d'hématocèle nettement enkystée même depuis longtemps, et voyons si ces indications sont réelles, si même elles ne sont pas tout en faveur de l'incision vaginale.

Les laparotomistes disent qu'on a vu des hématocèles enkystées depuis quelque temps qui, tout à coup, sans cause appréciable, ont offert un accroissement de volume, que par conséquent il faut intervenir et toujours, le plus hâtivement possible, autant pour prévenir l'infection de cette poche que pour parer à ces hémorrhagies secondaires. Or ces hémorrhagies secondaires, si l'on y regarde d'un peu près, sont toujours faibles. Elles sont causées en effet soit

par la rupture tubaire qu'obturait un caillot, soit peut-être par les fausses membranes qui, on le sait, sont au bout de 3 à 4 semaines pénétrées de nombreux petits vaisseaux (Sænger) (1),qui vont servir à faire disparaître par un processus naturel l'épanchement hématocélique. Contre le point salpingien qui saigne, le repos aurait pu laisser s'organiser le caillot, car bien de ces hématocèles qui saignaient ainsi une seconde fois n'étaient pas astreintes à un repos assez sévère ; enfin contre les hémorrhagies dues aux vaisseaux fins des néo-membranes, elles ne sont pas attaquables par la laparotomie, car on sait combien ces adhérences sont solides. En effet Gusserow (2) ayant laparotomisé 7 femmes dans ces conditions, note dans ses observations quelques points que nous voulons retenir. Dans son observation n° 15 nous voyons que la laparotomie est pratiquée parce que la malade présentait des phénomènes généraux graves : on trouve qu'il y avait un peu de sang fraîchement répandu et que « la trompe droite rupturée était recouverte d'un dépôt fibrineux solide ». Dans son observation n° 16, on voit que la laparotomie est pratiquée après 14 jours d'expectation parce qu'apparaissent, après quelques jours de bien, des phénomènes de collapsus, et l'on trouve l'intestin et le Douglas recouverts de solides dépôts fibrineux : « il y avait une petite ouverture tubaire ». Dans le cas n° 17, où Gusserow laparotomise sa malade pour les mêmes raisons, il note que « la trompe n'est nulle part déchirée », que « l'utérus, la trompe gauche et le *cavum Douglasii* sont recouverts d'anciens dépôts fibrineux ».

(1) Sænger, *Centralbl. f. Gynäk.*, n° 25, 1893, p. 580.
(2) Gusserow, *Berlin. klin. Woch.*, 1892, n° 22.

Dans l'observation n° 18, la laparotomie est pratiquée après 9 jours de repos, pour des phénomènes de collapsus apparaissant subitement et faisant diagnostiquer une rupture nouvelle. On trouve alors « fort peu de sang liquide. Le Douglas est rempli jusqu'à une certaine hauteur de pseudo-membranes, de caillots fibrineux, les intestins sont reliés par des adhérences qui sont faciles à détacher. Dans le Douglas, un demi-litre de vieux sang. La trompe gauche est grosse, nulle part il n'y a trace de déchirure ». Dans le cas 19, on ne constate qu'une toute petite déchirure sur la trompe gauche ; partout l'encapsulement est parfait. Enfin, et pour bien clore la série de ces laparotomies inutiles, nous lisons dans l'observation du cas 20, qu'après 4 jours d'expectation, pour pâleur, douleurs croissantes, lipothymies, on laparotomise et on trouve : les intestins adhérents entre eux, le mésentère couvert de caillots fibrineux, une quantité modérée de sang libre dans la cavité abdominale. « La trompe droite, grosse, sans déchirure, est fortement entourée de caillots anciens et récents, et de dépôts fibrineux ».

Ces observations montrent suffisamment que l'enkystement se fait avec une rapidité très grande, que la seconde hémorrhagie est bien faible, que par conséquent l'incision vaginale, suivie au besoin de l'ablation des annexes, ainsi que l'a fait Condamin (voir les obs. ci-dessus) eût pu suffire, et eût ainsi évité une opération d'une gravité aussi grave que la laparotomie.

En effet la laparotomie est particulièrement grave ici parce que les adhérences sont quelquefois si solides qu'on ne peut les enlever toutes sans crainte de léser les organes

voisins. Le chirurgien est alors obligé de terminer son intervention par l'élytrotomie [Pozzi, Schwarz (1)]. M. Michaux (cité par Cestan) a vu ainsi Sænger opérer avec extrêmement de peine et être dans l'impossibilité de tout enlever.

Dire donc qu'il faut laparotomiser pour détacher des adhérences qui seraient une gêne pour le bon fonctionnement de l'intestin, de la vessie, de l'utérus, est donc purement illusoire.

D'autre part ces poches sont souvent septiques. Nous avons vu que cet état septique contribuait peut-être à l'enkystement de l'hémorrhagie (Quénu). Il faut alors marsupialiser. Cestan cite en faveur de la laparotomie un cas rapporté par Letenneur (2), dans lequel Malgaigne eut une violente hémorrhagie par l'incision vaginale d'une hématocèle datant de deux ans. Il nous semble qu'il s'agit bien là d'une poche infectée, d'autant que les microbes étaient fréquents à cette époque !

On dit encore en faveur de la laparotomie qu'on ne peut s'assurer contre une infection secondaire de la poche par l'incision vaginale. Mais ne sait-on pas faire aujourd'hui l'antisepsie vaginale ? Surer (3), dans sa thèse inspirée par M. Sébileau, a bien montré que les lavages antiseptiques étaient une sûre garantie contre cette infection par la voie vaginale, ou par l'utérus.

Enfin on attribue à la laparotomie l'avantage de permettre l'évacuation plus facile des débris fœtaux et des caillots. Les observations de Condamin nous ont montré

(1) *Société de chirurgie*, 8 avril 1891.
(2) Letenneur, *Société méd. de la Loire-Inférieure*, 1858, p. 19.
(3) Surer, Thèse de Paris, 1890.

le peu de valeur de cette assertion. On refuse encore à l'incision vaginale les hématocèles qui ne pointent pas dans le vagin. Nous verrons qu'en opérant doucement, en disséquant couche par couche, on peut aussi bien revendiquer pour l'élytrotomie ces cas d'hématocèles que pour la laparotomie.

Comme la laparotomie, l'incision vaginale parera encore aux phénomènes de compression des organes voisins, mais elle a le désavantage de demander parfois plus de temps pour guérir.

CHAPITRE II

Faut-il toujours intervenir chirurgicalement ?

Dans le précédent chapitre nous avons limité la question des indications et contre-indications de la laparotomie et de l'incision vaginale aux cas seulement d'hémorrhagie abondante, ou de grosses hématocèles enkystées. Nous avons à dessein laissé de côté cette deuxième forme d'hématocèle, de la grosseur du poing, dont nous parlons page 14, parce qu'il faut se demander s'il est toujours nécessaire d'intervenir chirurgicalement, quand il y a une hémorrhagie dans le péritoine pelvien.

C'est étudier en somme la question de l'abstention. Nous allons voir ce qu'il faut en penser pour les trois formes d'hématocèle.

Après les mécomptes que donnèrent l'incision ou la ponction dans les temps préantiseptiques, on en vint à s'abstenir systématiquement de toute intervention chirurgicale dans l'hématocèle rétro-utérine. La mortalité ne fut pas diminuée. Les chirurgiens se mettaient au moins à l'abri de toute critique. Mais quand fut mis en pratique l'emploi des antiseptiques, un certain nombre de gynécologistes étaient encore partisans de l'abstention quand d'autres pratiquaient déjà des laparotomies. On dressait alors des statistiques, dont malheureusement il n'y a pas grand'chose à retirer, à notre avis. Lawsòn Tait attribuait à l'abstention

une mortalité de 100 0/0, et à la laparotomie de 4, 8 0/0 seulement. Martin, de Berlin, indique une mortalité de 63,1 0/0 par l'abstention ou l'expectation, de 23, 4 0/0 par la laparotomie. Ross attribue à l'expectation une mortalité de 28,5 0/0, et seulement de 10,5 0/0 à la laparotomie.

Ces statistiques sont bien différentes ! Ne laissent-elles pas supposer qu'elles comprennent des formes les plus diverses.

Si nous reprenons les trois formes cliniques d'hématocèle que nous avons indiquées page 13, nous pourrons peut-être nous faire une idée plus juste de la question.

Dans la forme la plus grave, celle pour laquelle encore nombre de gynécologistes veulent à tout prix intervenir par la voie abdominale, nous pensons que la question de l'abstention ne doit pas être agitée. Les lésions qui ont amené une si abondante hémorrhagie doivent être assez considérables. C'est la rupture d'un kyste tubaire, et alors il peut y avoir des débris fœtaux qui auront grande chance de s'infecter, ainsi que le fait remarquer Binaud (Th. de Bordeaux, 1892). Ou bien c'est une salpingorrhagie témoignant de lésions très avancées, de telle sorte qu'on ne saurait mieux mettre la femme à l'abri des récidives que par l'extirpation des annexes. Nous avons vu précédemment que la voie vaginale, moins grave que la laparotomie, suffisait largement à ce but. Mais il faut opérer. L'abstention serait déplorable. En effet, bien que l'enkystement de l'hémorrhagie commence à se faire et est fait même entièrement, les laparotomistes ont constaté encore quelquefois, alors qu'ils opéraient 14 jours après l'apparition des premiers accidents (obs. n° 16 de Gusserow, page 27), « une

toute petite rupture tubaire ». Donc il faut opérer, mais, dans la très grande majorité des cas, par la voie vaginale. Plus loin nous chercherons à indiquer à quel moment doit se faire cette intervention.

Dans la forme d'hématocèle, encore grave par ses phénomènes rapides d'anémie, volumineuse, remontant à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis, remontant même au-dessus de l'ombilic, mais enkystée de bonne heure, s'étant produite d'un seul coup, ou par poussées successives, est-il encore indispensable d'intervenir ?

Nous pensons que les raisons qui nous obligent à intervenir dans la forme cataclysmique, ont la même importance, la même valeur ici. Enfin une autre raison, à elle seule, suffirait à justifier une intervention. Si on laisse en effet ces hématocèles livrées à elles-mêmes, elles s'éternisent ou amènent des accidents graves de suppuration, de salpingites suppurées, etc..., ainsi que le prouvent les observations suivantes rapportées par M. Reynier (1) et Zweifel (2).

Dans un premier cas, il s'agit de la femme d'un médecin. Elle eut une hématocèle il y a dix ans ; après trois mois de lit, guérison. Cinq ans après, nouvelle poussée qui nécessita encore deux mois de lit ; quatre ans après, salpingite suppurée qui s'ouvrit par le vagin.

Dans un deuxième cas, hématocèle il y a sept ans ; après un séjour de plusieurs mois au lit, la malade se remit de ses accidents ; mais quatre ans après elle eut une salpingite

(1) Reynier, *Bulletin de la Société de méd. pratiq. de Paris*, p. 182-194, 1892.

(2) Zweifel, *Arch. f. Gynäk.*, Bd 23, p. 414, 1884.

suppurée qui s'ouvrit dans le rectum, et depuis deux ans elle se rend à Salies demandant aux eaux la résolution d'une périmétrite, avec laquelle elle marche comme une infirme, n'osant se livrer à aucun travail fatigant.

De ces faits M. Reynier concluait à la nécessité d'une laparotomie pratiquée de bonne heure. L'observation de Zweifel que nous rapportons maintenant montre que l'incision vaginale suffit, mais qu'elle eût dû être pratiquée plus tôt.

Obs. — Femme de 27 ans. Réglée à 14 ans ; elle le fut toujours régulièrement. Eut un enfant il y a six ans. Depuis six mois elle ressent des douleurs au moment de ses règles. Six semaines avant d'entrer à la clinique les règles ont cessé ; les douleurs persistent et l'amènent à l'hôpital ainsi que d'abondantes métrorrhagies. Pas de signe de grossesse.

Frissons, fièvre, dysurie intense.

Examen à l'entrée à l'hôpital : femme maigre, *très anémiée*. Cœur et poumons sains.

Abdomen énorme, offrant une tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tumeur dure, élastique, mate. Ventre très douloureux. Rien à l'auscultation.

L'utérus est situé derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur, dure, élastique, proéminente, et en relation avec celle accessible par l'abdomen.

Le vagin n'est pas violacé.

L'utérus a 6 cent. 5 à l'hystéromètre, est en antéposition et antéflexion.

(Zweifel indique ici les mensurations prises pendant deux mois d'expectation et montrant bien qu'on eût pu abréger la durée de l'affection en intervenant plus tôt.)

Mensuration du ventre le . . .	28 sep.	9 oct.	29 oct.	14 nov.	18 nov.	25 nov.
	cent.	cent.	cent.	cent.	cent.	cent.
Plus grande circonférence . .	88	88	84	86	88	88
Circonf. au-dessus de l'ombilic.	84	85	82	85	86	86
Distance de la symphyse à l'ombilic.	15	16	16	16	16	15
Distance de la symphyse à la limite de la tumeur	17	19	19	23	21	21

La température au moment de l'entrée était 39°1-40°5.

Le pouls 120-124.

Les douleurs abdominales étaient si vives, que la malade ne pouvait supporter la glace sur le ventre. On l'entoura simplement de linges mouillés froids.

30 *septembre.* — Abondantes évacuations alvines de très mauvaise odeur. La fièvre persista jusqu'au 13 novembre, mais l'état général s'améliorait.

26 *novembre.* — C'est parce que la tumeur ne diminuait pas que Zweifel se décida à intervenir par la voie vaginale (et par son procédé dont nous parlerons au chapitre de la technique opératoire de l'incision).

Evacuation de caillots ; curettage de la poche, lavage phéniqué, drainage avec un tube en T.

L'examen bactériologique des caillots fait aussitôt après leur sortie de la poche montra quelques cocci et diplococci vivants.

Le soir de l'opération : température 37°6, pouls 92.

Dans les neuf jours suivants, la température est montée quelquefois à 38° ; le soir du 5e jour à 39° 8.

Le 9e jour après l'opération, la tumeur remontait à 3 travers de doigt au plus au-dessus de la symphyse pubienne. Ecoulement un peu purulent ; il y eut une évacuation de la poche dans le rectum.

La guérison se fit ensuite rapidement (pas de date indiquée).

Nous ne voulons pas insister autrement sur cette observation. Elle montre surabondamment que des hématocèles énormes guérissent fort bien, et relativement vite par

l'incision vaginale, très antiseptiquement faite. Mais il faut les opérer.

On pourrait encore citer comme hématocèle à guérison très retardée par l'expectation, un cas de M. Besnier ayant demandé 10 mois, et un cas de Delore, 5 ans (?). Zweifel (1) relate l'observation d'une femme qui est restée un an au lit, sans que la tumeur qui au début remontait un peu au-dessus de la ligne réunissant les deux épines iliaques antérieure et supérieure ait diminué de plus de deux travers de doigt au-dessous de cette ligne. En général par l'abstention (quand ne survient pas de complication), on ne peut guère compter sur la guérison d'une hématocèle de moyen volume avant 3, 4 et 5 mois.

Mais il faut encore intervenir dans les hématocèles de moyen volume pour empêcher la compression du rectum, l'obstruction intestinale (Pengrueber), la compression de la vessie et des uretères [Gaube (2), Poncet (3)] [Leroux et Dumontpallier (4)], du plexus sacré [pouvant occasionner des névralgies intenses, Lawson Tait (5)], pour éviter des poussées de pelvi-péritonite, et pour empêcher l'infection de la masse enkystée par la voie vagino-utérine [Surer (6)], ou générale, ou par la salpingite antérieure.

Enfin si l'on a affaire à une toute petite hématocèle, atteignant ou non la hauteur de la symphyse pubienne,

(1) Zweifel, *Arch. f. Gynäk.*, 1884, p. 185, Bd 22.
(2) Gaube, *Bull. Soc. anat.*, 1853.
(3) Poncet, Th. agrégation.
(4) *Archiv. de locologie*, 1877.
(5) Lawson Tait, *Société de gynéc. angl.*, 4 janvier 1889.
(6) Surer, Th. Paris.

accompagnée de symptômes généraux minimes, est-il utile d'intervenir chirurgicalement?

Nous pensons que l'abstention serait aussi une faute. L'observation ci-dessus de Zweifel montre qu'il y a des cocci variés dans la poche hématique, et bien que ce soit la seule observation que nous ayions trouvée avec examen bactériologique des caillots, on n'en a pas moins le droit de conclure à l'infection presque constante de ces hémorrhagies, ne serait-ce que parce que les malades qui ont de telles hématocèles ont toujours de la salpingite. Quelque ancien microbe endormi peut renaître, et trouvant un excellent milieu dans les caillots de l'hématocèle, amener la transformation de l'hématocèle en abcès pelvien.

Donc toujours l'abstention est mauvaise. Seule l'expectation mérite discussion. Il ne faut pas opérer aussitôt qu'on diagnostique une hématocèle ou une hémorrhagie pelvienne. Si les statistiques faites jusqu'à ce jour sont discordantes, c'est qu'elles comprennent et confondent l'abstention et l'expectation, les laparotomies et les incisions vaginales faites pour n'importe quelle forme clinique d'hématocèle.

Puisque nous avons vu |maintenant qu'il fallait opérer toutes les hématocèles, même les plus petites, ne serait-ce que pour les empêcher de suppurer ou de récidiver (en faisant l'extirpation des annexes si celles-ci paraissent malades au toucher par l'incision vaginale), que l'opération à préférer était l'incision, voyons à quel moment il faudra procéder à l'intervention chirurgicale.

CHAPITRE III

Quand faut-il opérer ?

Pour répondre à cette question, il faut encore distinguer l'hématocèle à forme cataclysmique, de l'hématocèle moins dramatique par ses symptômes généraux et bien enkystée, quel que soit son volume.

a) *L'hématocèle n'est pas encore enkystée*. — Nous avons vu que la discussion n'était pas encore close entre les gynécologistes au sujet du choix de l'opération, laparotomie ou incision vaginale, et que cependant c'était à cette dernière que nous donnions la préférence parce que, étant plus facile au point de vue opératoire, elle répondait encore très bien à toutes les indications que l'on formulait pour la laparotomie.

Mais il est une raison majeure que les laparotomistes font valoir en faveur de leur procédé, c'est que la voie transpéritonéale est applicable séance tenante quand apparaissent les si graves symptômes de l'hémorrhagie pelvienne, opération indispensable, disent-ils, pour sauver la femme.

M. Cestan (th. de Paris) cite l'observation que lui ont communiquée MM. Le Petit et Thévenard d'une femme apportée à Cochin à 10 heures du soir avec tous les signes d'une rupture tubaire. Le chirurgien de garde fit une incision dans le cul-de-sac postérieur, mais ne put maîtriser l'hémorrhagie, et la femme mourut sur la table d'opération.

La laparotomie aurait pu la sauver, pense M. Cestan.

Nous avons montré précédemment que si certains chirurgiens ont laparotomisé des femmes « presque mourantes », il en est d'autres qui ont fait l'incision dans les mêmes conditions et avec un même succès, mais il faut bien le dire, ceux-ci ont attendu que le shock primordial soit passé.

M. Cestan, réunissant ses observations à celles de M. Binaud, voit que les succès de la laparotomie sont cependant d'autant meilleurs qu'on opère plus loin du shock. Il montre par exemple que les laparotomies faites d'urgence donnent 79,1 0/0 de guérison, tandis que celles pratiquées dans les 5 jours suivants ont 82 0/0 de succès, et qu'enfin celles faites dans les 20 premiers jours fournissent 90, 5 0/0 de succès. La laparotomie perd de sa valeur si l'on attend plus d'un mois, quand les signes d'hémorrhagie sont dissipés, quand on opère pour toute autre cause que l'anémie. On a alors seulement 82,2 0/0, puis en tardant encore davantage 76,4 0/0 de guérison. M. Cestan explique cette diminution dans les succès par les complications (fièvre, septicémie) qui ont forcé à intervenir, et par les difficultés plus grandes que les adhérences à détacher font rencontrer au cours de ces interventions tardives.

Il ne faut pas oublier les cas de mort extrêmement rapide dont nous avons parlé page 14, et où la terminaison fatale est survenue en 1/2 heure, en 2 heures, en 3 heures, en 12 à 14 heures (Goodell, Harrisson, Lawson Tait, Doran).

Il nous manque malheureusement une statistique récente sur la valeur de l'incision vaginale dans ces cas graves. D'autre part, celles qui existent comprennent tous les cas,

graves ou non, traités par la ponction ou l'incision, et ont été faites en vue de montrer la valeur de ces intervention comparativement à l'expectation. Nous aurions voulu établir aussi une comparaison à l'aide de chiffres, entre la valeur de l'incision et celle de l'expectation. Cela ne nous a pas été possible, faute d'observations suffisantes de cas d'hématocèles graves traitées par l'incision vaginale. Qu'il nous suffise de rappeler le désaccord qui règne encore entre les gynécologistes partisans absolus de la laparotomie et leurs adversaires. L'opinion de chirurgiens compétents vaut toujours mieux qu'une ligne de chiffres et de tant pour cent englobant d'une façon aveugle des variétés très grandes de circonstances qui peuvent être les unes pour, les autres contre ce que cherche à prouver la statistique.

Or voyons. Lawson Tait considérant que l'enkystement est impossible ou improbable dit : laparotomisez de suite : « J'en appelle à cette règle chirurgicale constante : en présence d'une hémorrhagie, liez le point saignant. Si l'une des grosses branches de l'artère fémorale donnait du sang, ceux de mes collègues qui s'occupent de tels cas, la lieraient immédiatement. Pourquoi le ligament de Poupart serait-il une ligne de démarcation au delà de laquelle cette règle chirurgicale ne devrait pas s'appliquer? Pourquoi mon ami, M. Bryant, aurait-il le droit de faire à l'iliaque externe ce qui me serait interdit sur une des branches de l'iliaque interne? » Haven, Cabot, Goodell, en sont également pour la laparotomie d'urgence ; de même Lawrence, Edis, Horrocks qui traite le traitement médical de « plaisanterie ».

Nous voyons par contre d'autres gynécologistes, qui ne

refusent pas à la laparotomie sa valeur dans quelques cas, être partisans cependant de l'expectation. Byford (1) ne voit pas comment une femme peut mourir d'hémorrhagie par rupture, même intra-péritonéale : pour lui l'hémostase se fait toujours et même rapidement. Chez nous, M. Pozzi (2) en était pour l'intervention immédiate, tandis que M. Le Dentu (3) écrit : « En présence de toute hématocèle à début rapide, s'annonçant par des symptômes très bruyants, ne vous effrayez pas outre mesure, et attendez ; si 3 ou 4 heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment ; sinon différez toute intervention, et attendez pour intervenir que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous forcent la main. »

Du même avis sont Segond (4), Veit (5), Ross (6) qui n'opèrent que si l'hémorrhagie menace de continuer ou attendent pour intervenir que le choc se soit dissipé.

Or nous avons déjà vu que d'après les statistiques de MM. Cestan et Binaud les résultats de la laparotomie étaient d'autant meilleurs qu'on attendait davantage pour opérer, de 15 à 20 jours environ, qu'en effet le choc primordial était une cause de mortalité opératoire très grande ; c'est pour cette même raison que M. Condamin (7) met la malade dans le décubitus dorsal, la tête basse, avec de la glace sur le ventre et n'opère, par l'incision vaginale, que

(1) Byford, *Am. Journ. of obst.*, 1892, p. 77.
(2) Pozzi, *Sem. méd.*, 16 juillet 1890.
(3) Le Dentu, *Gaz. méd. de Paris*, 7 mars 1891.
(4) Segond, *Traité de chirurgie*, vol. VIII.
(5) Veit, 3e *Congrès de Fribourg*, juin 1889.
(6) Ross, *Am. Jour. of. obst.*, 1893, p. 1.
(7) Condamin, *loc. cit.*

lorsque les forces de la malade le permettent. C'est ainsi qu'agit son maître, M. le professeur Laroyenne, de Lyon. Zweifel fait de même. Et leurs résultats n'ont jamais été ni moins bons ni pis que ceux des laparotomistes.

En somme, nous trouvons tellement de divergences dans les opinions des auteurs que, partant de ce fait que la laparotomie ne donne pas de meilleurs résultats que l'incision vaginale, qu'elle est d'autre part une opération infiniment plus dangereuse et laborieuse, qu'enfin trop peu de médecins peuvent la pratiquer à coup sûr, nous pensons bien de conclure, qu'il faut attendre la disparition des premiers phénomènes de collapsus, relever les forces de la malade par les moyens médicaux dont nous parlerons plus loin, et ensuite, la femme se trouvant en état de résister à une intervention chirurgicale, opérer par la voie vaginale, en faisant, à l'instar de M. Condamin, l'extirpation et la ligature des salpinx si l'hémorrhagie ne cède pas à un bon tamponnement, ou si les trompes paraissent très malades.

b) *L'hématocèle est enkystée.* — Nous avons déjà vu que pour cette forme, de beaucoup la plus commune, qui peut être enkystée d'emblée, ou qui s'enkyste très rapidement au milieu de phénomènes de gravité moyenne, les chirurgiens ne s'accordaient pas tous et sur le choix de l'opération, et sur la nécessité d'une intervention. Nous avons montré qu'il y avait tout bénéfice pour la malade à être cependant opérée, et que cette opération devait se faire par la voie vaginale. C'est, il faut le dire, l'opinion la plus généralement admise.

Mais à quel moment faut-il intervenir ?

Les uns (Routier, Zweifel, les classiques) admettent en

règle générale qu'il faut attendre que l'enkystement soit absolument accompli et voir si alors la tumeur a tendance naturelle à diminuer. Il faudrait ainsi pratiquer l'expectation pendant environ trois semaines au moins pour attendre l'achèvement certain de l'enkystement, et ensuite temporiser quelque temps pour se donner le temps de voir la tumeur diminuer de volume.

Si la masse tend naturellement à disparaître, on peut laisser faire la nature, disent les uns, et se garder d'intervenir dans la crainte d'une infection possible de la poche hématique par le vagin.

Mais nous savons par ailleurs que la poche peut tout à coup subir une poussée hémorrhagique. Tout le bénéfice gagné à force de patience peut être ainsi perdu en quelques heures. Les conditions dans lesquelles s'est produite enfin la première hémorrhagie existant toujours, c'est exposer beaucoup la femme que de la laisser ainsi en expectative sans se rendre compte de l'état des annexes, et sans chercher à diminuer les chances d'une infection par la voie utéro-salpingienne, infection possible ainsi que nous le montre l'observation de Zweifel que nous avons rapportée plus haut, et qui nous montre des cocci et diplococci dans l'épanchement.

Enfin quelques auteurs, Schrœder, Polaillon (1) ne veulent opérer que lorsque la santé générale est atteinte, qu'il y a crainte de suppuration et de septicémie, ou qu'il y a des poussées nouvelles à chaque menstruation, accompagnées de douleurs.

Attendre donc juste le temps nécessaire à ce que l'enkys-

(1) Polaillon, *Bull. Société de méd. prat.*, Paris, 1892, p. 194.

tement se fasse, nous semble la limite maxima permise. Cette période d'expectation nous paraît ne pas devoir dépasser trois semaines, car les observations de Gusserow que nous avons analysées succinctement page 27, signalent déjà avant les 15 premiers jours des dépôts fibrineux solides partout.

Donc quand on a affaire à une hématocèle enkystée, que la palpation permet de nettement délimiter et qui date de 15 à 20 jours, nous pensons qu'on peut et même qu'on doit se décider à pratiquer dans le cul-de-sac postérieur l'incision et les lavages antiseptiques dont nous indiquerons en détail la technique plus loin.

Mais si la femme, par suite du volume de la tumeur, présentait des phénomènes de compression du côté des viscères abdominaux, il y aurait assurément indication à intervenir plus tôt, tout comme s'il s'agissait d'une hématocèle non encore enkystée complètement.

Obs. I (due à l'extrême obligeance de M. Mouchet, interne dans le service de M. le professeur Blum). — Femme Montécattini, exerçant la profession de ménagère, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 21 décembre 1894. Elle a été réglée à 13 ans, et depuis toujours très régulièrement ; elle a eu deux enfants actuellement en bonne santé. Au mois d'avril 1893, elle eut une fausse couche de 4 mois, suivie de métrorrhagies qui durèrent 25 jours. La cause de cette fausse couche doit être attribuée à une chute de la malade dans un escalier. La santé se rétablit, la malade n'a que des pertes blanches, quand le 16 novembre ses règles arrivent, douloureuses, peu abondantes, cessent pour reparaître à la fin du même mois avec de fortes coliques.

16 *décembre*. — La malade a ses règles accompagnées de vives coliques, de douleurs irradiées dans les reins et les cuisses, de dysurie et d'un peu de fièvre jusqu'au moment où elle entre à l'hôpital (21 déc.).

Au toucher on sent une tumeur volumineuse, proéminente, qui remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic ; elle englobe la moitié postérieure de l'utérus. La fluctuation n'est pas très nette.

La malade est mise au repos absolu au lit.

26. — Elle est reprise de douleurs assez vives qui semblent indiquer une nouvelle poussée.

M. Blum ordonne des injections antiseptiques (sublimé) très chaudes et opère la malade le 31 décembre.

Incision dans le cul-de-sac postérieur, drainage avec un tube en T ; écoulement de sang liquide mêlé de sérosité.

1er *janvier* 1895. — 1er pansement, saignement abondant après le pansement (qui consistait en irrigations très chaudes de sublimé dans la poche hématocellique).

Pendant tout le mois de janvier suintement sanglant par l'incision vaginale. Anémie très considérable de la malade. Poussées douloureuses avec coliques, dysurie et constipation opiniâtre. On curette la poche environ tous les 2 jours ; et chaque fois on retire beaucoup de caillots.

31. — La tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle fait une saillie très notable derrière l'utérus et l'écoulement des liquides se faisant bien, on supprime le drain.

6 *février*. — Curettage de la poche. La malade avait encore eu quelques coliques les jours précédents. Anémie toujours très grande.

L'état général s'améliore cependant de plus en plus. Tous les 8 ou 10 jours on fait encore un curettage de la poche dont l'orifice dans le cul-de-sac vaginal postérieur reste fistuleux : il en sort encore des caillots.

11 *mars*. — La tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart à gauche ; il remplit toujours la partie postérieure de l'utérus ; mais l'utérus est moins rapproché du pubis.

On continue les injections tous les 2 ou 3 jours.

12. — Céphalalgie très vive, frissons, nausées, coliques. On retire des caillots énormes de la poche, et derrière une masse de caillots qui avait peine à sortir, apparaît du pus, environ un verre. Certains caillots paraissent déjà organisés. On agrandit l'ouverture vaginale : curettage très soigné de la poche : on y introduit ensuite de la gaze iodoformée.

La température du matin était de 39°5, elle fut le soir de 38°9.

13. — Température matin 38°5, soir 37°4. Injection et lavage de la poche.

14. — La température est redevenue normale. La tumeur ne remonte plus qu'à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Elle forme une masse moins nettement délimitable qu'autrefois.

19. — La tumeur a complètement disparu. La malade quitte le service ne conservant qu'une petite fistule dans son cul-de-sac postérieur. L'utérus est presque en position normale.

4 avril. — La malade vient se faire examiner. La santé générale est excellente.

Au toucher vaginal on sent le Douglas libre, l'utérus en position normale et assez mobile.

En arrière du col se trouve un tout petit cul-de-sac correspondant à l'incision de l'hématocèle : un stylet y pénètre à une profondeur de 2 cent. 1/2.

Obs. II (prise par M. Mouchet, interne du service de M. le professeur Blum). — Mlle Angèle M.., modiste, 23 ans, rentre à l'hôpital le 23 octobre 1894, pour des métrorrhagies abondantes.

Réglée depuis l'âge de 13 ans toujours régulièrement, a eu un enfant il y a 4 ans, mort à 1 an de broncho-pneumonie.

Peu de temps après son accouchement la malade commença à souffrir du ventre, et eut, au bout d'un an et demi, de la salpingite et de la métrite pour laquelle on la curetta dans le service du professeur Tillaux.

8 à 10 mois après son curettage, la malade eut une péritonite qui la retint au lit pendant 4 mois et qui fut traitée avec vésicatoires, sangsues, etc...

Mais la malade n'a pas cessé depuis de souffrir du ventre de temps en temps, surtout au moment des règles, et d'avoir des pertes blanches continuellement.

Les dernières règles ont apparu il y a 3 semaines. Depuis ce moment les douleurs abdominales sont devenues plus vives, surtout depuis 8 jours. Il y eut une crise douloureuse atroce à la suite d'un lavement glycériné.

Examen actuel. — Le ventre est augmenté de volume ; dans la région

sous-ombilicale on sent une tumeur, dure, à convexité supérieure, très douloureuse à la palpation. Métrorrhagies abondantes.

Au toucher, on sent le vagin chaud, et le cul-de-sac postérieur envahi par une tumeur volumineuse qui fait corps avec celle constatée par la palpation abdominale. Par le toucher rectal on sent le Douglas rempli par cette même tumeur.

La malade est très pâle, avec un facies abdominal (yeux cernés, nez effilé), pouls très petit. C'est une nerveuse, morphinomane ; les douleurs sont très vives, l'insomnie complète ; on fait matin et soir une injection de morphine.

1er *novembre*. — Incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule du sang liquide, séreux, et quelques caillots ; pas de pus. Drainage avec un tube en T, lavage au sublimé, tamponnement iodoformé.

2. — Facies très altéré ; persistance de l'insomnie. La malade se plaint d'étouffements. Pas de pansement vaginal. Envies continuelles d'aller à la selle; la malade rend un liquide séreux, jaunâtre, comme de l'urine. Pouls assez plein, lent, 72. Température 37°5. On prescrit du champagne.

A 2 heures de l'après-midi, on fait une injection de 60 grammes de sérum artificiel de Chéron au niveau de la région trochantérienne dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A 7 heures la malade ne paraît pas améliorée ; elle vomit constamment ce qu'elle prend. Dyschézie : issue par l'anus de liquide séreux. Nombreux frissons ; sensation d'étouffement. La malade réclame les piqûres de morphine auxquelles elle était habituée.

On fait deux injections nouvelles de sérum artificiel : 120 grammes dans la fesse gauche, et 60 grammes dans la fesse droite.

On prescrit un lavement laudanisé (XX gouttes) et un Todd et du champagne.

3. — Nouvelle injection de 120 grammes de sérum. Mieux sensible. Plus de vomissements ; plus de diarrhée. On refait le pansement vaginal. Potion au chloral et au bromure de potassium.

Le soir, on fait encore une injection de 120 grammes de sérum. Le mieux s'accentue.

4. — On cesse les injections de sérum. Lavage de la poche héma-

tocellique. Tamponnement vaginal. Potion calmante avec chloral et morphine.

5. — La malade reprend très sensiblement ses forces. Elle commence à manger du potage.

L'hématocèle diminue de volume manifestement.

6. — Agitation extrême ; mouvements convulsifs. Pouls à 100. Rougeur diffuse des pommettes : la malade se plaint d'un violent point de côté. Pas de phénomènes stéthoscopiques. Un peu de subdelirium.

Potion avec 5 grammes de bromure.

7. — Le nervosisme extrême persiste parce qu'on ne veut pas donner de morphine à la malade. La tumeur est à peine sensible au-dessus de la symphyse pubienne.

10. — On enlève le tube à drainage. On se contente d'un tamponnement vaginal iodoformé.

12. — La tumeur a complètement disparu. On ne sent plus rien dans le cul-de-sac postérieur. L'utérus est en position presque normale.

La malade reste à l'hôpital à cause de ses symptômes hystériques très accusés.

15. — Elle sort complètement guérie.

Au mois de janvier et de février elle est réglée normalement.

1er *mars*. — Métrorrhagies pendant 8 jours. On ne trouve cependant rien d'anormal. L'utérus est mobile, très légèrement rétrodévié. L'état général est parfait.

Obs. III (due à M. Mouchet). — La femme B.., doreuse, âgée de 28 ans, souffre dans le ventre depuis deux ou trois ans, rentre le 5 janvier pour des métrorrhagies.

Les douleurs abdominales sont devenues tout à coup plus vives il y a 15 jours.

Au toucher on sent une tumeur volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, repoussant le col contre la symphyse pubienne, et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur est fluctuante.

10 *janvier*. — Incision du cul-de-sac postérieur ; issue de sang liquide

et de quelques caillots. On fait un lavage de la poche au sublimé et tamponnement vaginal.

10 au 20. — On fait 5 curettages de la poche et l'on retire ainsi beaucoup de caillots.

20. — On enlève le tube à drainage ; on tamponne la poche avec de la gaze iodoformée.

29. — Tamponnement vaginal seulement.

31. — Masse encore volumineuse autour de l'utérus, remontant à un travers de doigt au-dessus du pubis.

La malade veut absolument sortir de l'hôpital bien qu'elle perde assez de sang. On lui recommande deux injections vaginales très chaudes de sublimé par jour.

19 *avril*. — La malade revient dans le service pour un abcès du sein, Elle nous apprend qu'elle est guérie depuis deux mois et demi. Son état général est bon. Rien de spécial à noter du côté des organes génitaux.

Obs. IV (Routier, *Ann. de Gynécol.*, p. 8, 1890) (Résumée). — Femme de 36 ans, entrée à l'hôpital le 6 juillet 1889. Malade depuis 3 mois, pas de signe de suppuration, pas de fièvre ; mais douleurs en urinant et gêne pour la défécation.

Diagnostic de hématocèle rétro-utérine.

Incision sagittale dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; ouverture large de deux travers de doigt. Irrigation chaude de naphtol. Avec son doigt M. Routier cherche à sentir les parois de la tumeur, et les trouve tomenteuses, plus ou moins irrégulières ; il ne sent pas les annexes.

3 gros drains sont fixés aux lèvres de l'incision.

17 *août*. — La malade sort guérie.

Obs. V (Routier, *idem*) (Résumée). — T. M. . 21 ans, entrée le 26 *août* 1889 pour vaginite et douleurs dans le ventre. On soigne sa vaginite.

Mais le 28 *septembre* les règles venues la veille s'arrêtent brusquement ; la malade accuse de violentes douleurs abdominales et vomit.

29 *septembre*. — Ventre ballonné, vomissements porracés, température 39°.

4 *octobre*. — Douleurs plus vives ; température oscille entre 36°8 et 39°7. Grosse tumeur fluctuante, rétro-utérine.

Anesthésie ; incision sagittale du cul-de-sac postérieur. Issue d'un litre 1/2 de pus environ. Avec le doigt introduit dans la poche M. Routier sent les anses intestinales, les franches épiploïques, ovaire et trompe gauches libres ; l'ovaire et la trompe droites sont indurés et fixés. Routier n'ose pas faire de lavages de la poche, et place une mèche de gaze salolée. La fièvre tombe le jour même.

Guérison rapide. La malade sort guérie le 23 *octobre*.

Obs. VI (Routier, *idem*) (Résumée). — B. M... 42 ans ; pouls petit, misérable, facies abdominal ; température 39°6 ; vomissements porracés.

Anesthésie ; ouverture sagittale du cul-de-sac postérieur. Issue d'un litre 3/4 de pus avec lambeaux concrétés. M. Routier introduit son doigt dans la poche et sent les annexes comme au travers d'une très mince fausse membrane.

Lavage abondant d'eau naphtolée très chaude. Grosse mèche de salol. Tampon vaginal. La fièvre tombe le jour même. M. Routier place le lendemain deux drains à la place de la gaze, et les laisse 7 jours.

12 *novembre*. — La malade sort complètement guérie, les annexes libres.

13 Observations de Hofmokl (*Wiener med. Woch.*, n°s 27, 28, 29, 1894). — Hofmokl rapporte 13 cas personnels, qu'il n'y aurait aucun intérêt à transcrire ici, mais dont nous pouvons retirer un enseignement.

Hofmokl ponctionne simplement les hématocèles et fait avec l'appareil de Dieulafoy l'aspiration du contenu quand il voit que la tumeur ne rétrocède pas. Il l'incise et la draine par le vagin quand elle vient à suppurer.

La durée du traitement a été :

Dans 4 cas de 12 à 24 jours
— 5 — 30 à 46 —
— 3 — 60 à 82 —

En somme de 42 jours en moyenne.

CHAPITRE IV

Traitement médical pré-opératoire.

S'agit-il de la forme dramatique de Bernutz, nous avons vu qu'il était préférable d'agir comme M. Condamin, c'est-à-dire, d'attendre que les forces de la malade aient été un peu relevées avant d'exposer celle-ci à un shock opératoire.

S'agit-il de la forme ordinaire, celle où l'hémorrhagie étant moins abondante, est déjà plus ou moins enkystée lors de la visite du médecin, nous avons vu qu'il fallait aussi attendre l'enkystement du sang épanché afin d'opérer plus sûrement.

Que faut-il faire alors en attendant le moment d'opérer ?

S'il s'agit de la forme grave, nous avons à lutter contre la syncope, le collapsus, nous devons essayer de calmer les douleurs et la réaction péritonéale, arrêter l'hémorrhagie et favoriser la formation des caillots, chercher à combattre les symptômes graves d'une anémie profonde.

Il faudra donc mettre la femme au repos le plus absolu, dans le décubitus dorsal, la tête basse, les membres inférieurs surélevés. Une, deux, trois injections sous-cutanées d'éther, de l'alcool, du champagne ; une injection par jour de sérum artificiel de Chéron de 60 à 120 grammes, lutteront avantageusement contre le collapsus et les lipothymies. Pour arrêter l'hémorrhagie et favoriser la formation des caillots, on pourrait prescrire de l'ergotinine [Barth (1)], ou

(1) Barth, *Gazette méd. de Paris*, p. 294, 1890.

de la salipyrine (1) à la dose de 1 gramme trois fois par jour, pendant plusieurs jours; ou bien encore prescrire comme MM. Bonnet et Petit une potion avec XXV gouttes de perchlorure de fer et V gouttes de teinture de digitale toutes les deux heures. Contre les douleurs et la réaction péritonéale, les ventouses, les sangsues, les vésicatoires sont inutiles; on placera une vessie de glace sur un linge plié en six ou huit fois et recouvrant le ventre, ou des compresses humides sur le ventre et les cuisses repliées sur le ventre; on pourra faire des injections de morphine ou des onctions d'huile chloroformée et morphinée; il ne faut pas donner trop d'opium qui pourrait constiper. Il est au contraire bien préférable d'assurer la liberté du ventre : on devra sonder la malade en cas de rétention, et ordonner des injections vaginales antiseptiques (sublimé, eau naphtolée, etc.) très chaudes. Bandl (*Deutsche Chirurgic*, Bd 59) les prescrivait très froides.

On verra alors sous l'influence de ce traitement médical le pouls redevenir plus plein, la malade reprendre conscience, et se trouver par conséquent en état de mieux résister à une intervention chirurgicale.

S'agit-il d'une hématocèle en voie de s'enkyster, on mettra la femme au repos absolu, on favorisera les fonctions urinaires et intestinales; Banld prescrit des bains de siège et de pieds chauds; on peut essayer de favoriser la résorption de l'épanchement si la malade ne veut pas accepter une inter-

(1) La salipyrine essayée d'abord par Zurhelle (*Deutsch. med. Zeitung*, n° 69, 1892) puis recommandée par Orthmann (*Berl. klin. Woch.*, n° 7, 1895) dans les hémorrhagies d'origine génitale, n'a pas été cependant encore employée dans les hémorrhagies pelviennes.

vention, en faisant des badigeonnages d'iode ou d'iodure de potassium, ou d'onguent napolitain ; on donnera enfin à la malade une nourriture substantielle et du vin de Bordeaux. Il sera indispensable d'ordonner des injections vaginales antiseptiques très chaudes afin d'assurer l'asepsie des organes génitaux externes.

CHAPITRE V

Technique de l'incision vaginale.

On aura fait des irrigations vaginales antiseptiques très chaudes pendant les jours qui précèderont l'intervention ; la veille on aura administré à la malade une purge, on lui aura rasé la vulve et fait un premier nettoyage au savon des organes génitaux externes.

Avant d'opérer, on videra la vessie et on fera une seconde fois un lavage au savon et à la brosse de la vulve et du vagin : on peut nettoyer très bien le vagin avec une petite brosse longue du genre des brosses à ongles. Mais ce procédé ne peut cependant être employé que si la femme est anesthésiée ; au cas contraire on se contente de tamponner plusieurs fois le vagin en même temps qu'on l'irrigue avec un antiseptique.

Est-il nécessaire de faire l'anesthésie de la malade ? Nous ne le pensons pas, parce que l'opération n'est ni longue ni douloureuse, à moins que l'on ait à extirper les annexes. Il faut alors un aide pour l'anesthésie. Deux aides suffiront pour tenir les valves et un aide pour les instruments.

Nous rappellerons que les opérations faites par la voie vaginale pour le traitement de l'hématocèle rétro-utérine ont consisté soit en la ponction de la tumeur avec un trocart ordinaire, soit avec un trocart spécial (Laroyenne), suivie soit de l'aspiration (Hofmokl), soit de l'incision (Laroyenne);

enfin on a fait simplement l'incision d'emblée et en un temps, soit l'incision en deux temps (Zweifel).

Nous ne parlerons pas de la ponction seule. Faite pour la première fois par Nélaton, puis par Nonat, elle n'est plus guère pratiquée aujourd'hui que par Hofmokl de Vienne, qui généralement fait ensuite l'aspiration du contenu de la tumeur avec l'aspirateur de Dieulafoy. Cette manière de procéder expose trop à l'infection de la poche, qu'il faut alors inciser dans une seconde opération pour parer les accidents de la suppuration.

Le professeur Laroyenne fait de la ponction vaginale le premier temps de l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin. Le professeur lyonnais se sert d'un trocart spécial et nous décrirons plus loin sa manière de faire. Mais disons de suite que l'incision faite d'emblée nous paraît plus simple et tout aussi sûre.

De sorte qu'on peut réduire le matériel instrumental à 2 valves de Simon, une pince de Muzeux, un long bistouri, un bistouri boutonné, et au besoin une longue pince à disséquer ; enfin 2 clamps pour le cas où il faudrait faire l'extirpation des annexes. Le chirurgien se rend compte avec son index des rapports de la tumeur avec le col. Nous verrons plus loin ce qu'il faudrait faire au cas où la tumeur ne proéminerait pas nettement dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Il est bon aussi de chercher si l'on sent battre les artères vaginales afin de ne pas les blesser.

M. Laroyenne avec son trocart, qui a la courbure et la longueur de l'hystéromètre, traverse la paroi vaginale de la poche par un mouvement combiné de propulsion et de

rotation suivant une direction analogue à celle donnée à l'hystéromètre pourle cathétérisme utérin. Le point où il ponctionne se trouve en arrière d'une ligne rasant la face postérieure du museau de tanche, afin d'éviter de blesser l'artère utérine ou l'uretère. Puis il retire le trocart en maintenant soigneusement la canule, qui est fendue dans la moitié de sa longueur, et servant ainsi de sonde cannelée pour permettre l'introduction d'un métrotome. On limite au préalable l'écartement maximum du métrotome ; on l'introduit dans la poche d'où on le retire transversalement en faisant une ouverture qui ne doit pas avoir plus de 8 à 9 centimètres afin de ne pas blesser une des branches de l'hypogastrique ou de l'hémorrhoïdale moyenne.

Ce que nous avons vu faire par M. le professeur Blum nous paraît plus simple et tout aussi sûr. Après avoir fixé le col utérin, il ponctionne avec un bistouri transversalement sur le point le plus saillant et sur la partie médiane, puis il imprime à son bistouri quelques mouvements latéraux pour agrandir son incision de la largeur nécessaire au passage d'une curette. On pourrait encore, pour éviter de léser le rectum, maintenir l'index gauche dans le vagin et le médius dans le rectum. Pour ne pas blesser les artères utérines, quelques chirurgiens font l'incision dans le plan sagittal. D'autres avec Zweifel opèrent en deux temps : d'abord incision de la paroi vaginale ; puis saisissant avec des pinces les bords de la plaie ils écartent ceux-ci, et décollent avec le doigt les parois de la tumeur sur une étendue suffisante pour que l'incision et l'agrandissement de celle-ci puissent être faits avec un métrotome (de Simpson) sur une largeur de 2 à 3 travers de doigt.

Si la tumeur ne proéminait pas dans le cul-de-sac postérieur d'une façon suffisante, il faudrait cerner la moitié postérieure de la circonférence du col par une incision demi-circulaire comme dans l'hystérectomie vaginale, décoller ensuite la muqueuse vaginale que l'on saisirait avec des pinces, et laisser à découvert le cul-de-sac péritonéal.

L'ouverture, nous l'avons dit, doit être suffisante pour laisser passer facilement le doigt ou une curette. Aussitôt faite, on injecte doucement une solution chaude de sublimé ou d'eau naphtolée, ou d'acide salicylique pour évacuer les premiers caillots. On introduit ensuite le doigt dans la plaie pour sentir l'état des annexes. Avec la curette on cherche doucement à détacher les caillots moyennement adhérents dont on facilite l'expulsion par un abondant lavage chaud sous douce pression.

M. Laroyenne fait ensuite l'hémostase en introduisant dans la brèche du cul-de-sac postérieur une éponge de volume suffisant pour entrer à frottement et être enserrée dans la cavité. L'éponge en se dilatant comprime ainsi les vaisseaux qui donneraient. L'éponge est saupoudrée d'iodoforme, ou trempée dans de la pétro-vaseline iodoformée.

Cependant il est rare qu'on ait une hémostase sérieuse à faire. On a bien plus à donner issue aux caillots qui se désagrègent et à prévenir la suppuration de la poche. Il nous semble donc préférable de placer, comme premier pansement, soit une mèche de gaze iodoformée dans la cavité, soit mieux encore deux ou trois gros drains en T, au moyen desquels on pourra faire des lavages dans la tumeur très facilement. Zweifel fait faire des lavages deux

fois par jour pendant les premiers jours ; un seul est généralement suffisant. Au fur et à mesure que la cavité diminue on retire les drains, et on les diminue de longueur ; on peut bientôt se contenter de laver la cavité de l'hématocèle une fois tous les deux jours par la simple incision vaginale.

On termine bien entendu chaque pansement par un bon tamponnement vaginal afin d'empêcher toute infection ascendante. Il est d'ailleurs sage de prendre la température des malades tant que la cavité n'est pas complètement fermée, parce que malgré soi on peut voir quelquefois (notre observation p. 44 le prouve) de la suppuration se faire.

En résumé l'incision vaginale est une opération très simple, n'exposant à aucun danger, quand on sait éviter l'artère utérine ou l'uretère (ce qui n'est pas difficile) ; elle n'est pas très douloureuse, et permet par conséquent de se passer de l'anesthésie dans la grande majorité des cas ; enfin elle est suffisante pour évacuer et laver la poche, et pour se rendre compte de l'état des annexes et les extirper en cas de besoin.

CONCLUSIONS.

Nous basant sur de récentes observations, sur l'expérience clinique de certains auteurs (à défaut de statistiques), nous avons montré que la laparotomie était une opération difficile et inutile dans les cas d'hématocèles pelviennes à allure grave, bien que cette opération reste excellente dans les cas extrêmement rares de rupture tubaire après le 5e mois. Nous avons vu que l'incision vaginale suffisait dans ces cas pour permettre de faire l'hémostase et l'extirpation des annexes malades si cela était indiqué.

Nous avons vu ensuite que la laparotomie était une opération dangereuse quand on avait affaire à une hématocèle nettement enkystée en raison surtout des difficultés opératoires et des chances nombreuses d'infection du péritoine sain ; que l'incision vaginale était par contre dans ces cas d'une extrême facilité et d'une grande bénignité.

Nous avons montré enfin que s'il fallait attendre dans les cas d'hémorrhagie pelvienne cataclysmique que les forces de la malade permettent une intervention chirurgicale, il était de toute nécessité de ne jamais différer l'incision vaginale dans les cas d'hématocèle nettement enkystée. soit pour hâter la guérison. soit pour éviter la suppuration de la poche hématique, soit enfin pour éviter de nouvelles poussées et des récidives.

Nous pensons donc que l'incision vaginale est le traitement de choix de toute hémorrhagie pelvienne enkystée et de la presque unanimité des cas d'hémorrhagie pelvienne considérable et brusque, non enkystée.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (Bernutz).
Dictionnaires de Dechambre (Poncet).
Traités classiques de Pozzi, de Bonnet et Petit, Lawson-Tait.
Traité de chirurgie, VIIIe vol., p. 601 (Segond).
Voisin. — Thèse de Paris, 1858.
Bernutz et Goupil. — *Clinique des maladies des femmes*, 1860.
Poncet. — Thèse d'agrégation, 1877.
Baumgærtner (laparotomie). — *Deut. med. Woch.*, n° 36, 1882.
Martin (laparotomie). — *Arch. für Gynäk.*, Bd XVIII, p. 463.
Daskiewcız (incision vaginale). — Zur *Therapie der Hæmatocele retrouterina.* Inaug. Dissert., Breslau, 1882.
Zweifel (incision vaginale). — *Zur* Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter. *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXII, p. 185, 1883.
Duvelins (laparotomie). — *Arch. f. Gynäk.*, Bd 23, p. 107, 1884.
Zweifel (incision vaginale). — Zur Behandl. der Blutergüsseh inter der Gebärmutter. *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXIII, p. 414, 1884.
Güsserow (laparotomie). — *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXIX, p. 389, 1886.
Bandl. — *Deutsche Chirurgie.*, Bd 59, p. 185-214, 1886.
Bernutz. — *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, 1888.
Routier (laparotomie). — *Semaine médicale*, juin 1888.
Lawson-Tait. — *Société de gynécol. angl.*, 4 janv. 1889.
Schwarz (laparotomie). — *Verhandl. des II ten Congresses der deutsch. Gesellschaft f. Gynäk.*, p. 70, 1889.
Veit. — 3e *Congrès de Fribourg*, juin 1889.
Routier (incision vagin). — *Annales de Gynécol.*, t. XXXIII, p. 8, 1890.
Surer. — *De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée* (incision vaginale). Thèse de Paris, 1890.
Pozzi (laparotomie). — *Semaine méd.*, 16 juillet 1890.
Roncaglia. — *Annali di obstet. Gin.*, Milan, 1890.
Veit. — Verhandl. der gynec. Section der X intern. Congress in Berlin. *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXXIX, 1891.
— Discussion über Hæmatocele. *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXXIX, 1891.
Schwartz. — *Société de chirurgie*, 8 avril 1891.
Le Dentu. — *Gaz. méd. de Paris*, 7 mars 1891.
Gouilloud. — Débridement vaginal des collections pelviennes. Méthode du prof. Laroyenne. *Arch. de Tocol. et de Gynécol.*, nov. 1891.

Gusserow. — Erfahrungen üb. die operat. Behandl. geplatzter Tubenschwangerschaft. *Berlin. klin. Woch.*, n° 22, 1892.

Byford. — *Am. Journ. of obst.*, p. 77, 1892.

Polaillon. — *Bull. Société de méd. prat. de Paris*, p. 194, 1892.

Binaud. — *Hematocèle pelv. intra-périton.* Thèse de Bordeaux, 1892.

Martin. — *Centralb. f. Gynäk.*, n° 39, 1892.

Duplay. — *Union méd. de Paris* (un cas guéri par incision vaginale), 1892, et *Gazette des hôpit.*, p. 105, 1892.

Reynier. — De l'intervention dans l'hémat. péri-utérine. *Bulletin de la Soc. de méd. prat. de Paris*, p. 182-192, 1892, et *Revue obst. et gynée.*, Paris p. 111-115, 1892.

Mersh (même sujet en russe). — Sborn. trud. *Vratch.* St-Pétersbourg Mariinsk-bolnitzy d. b. — i. 162-169, 1892.

Agapoff (même sujet en russe). — St-Pétersbourg, 45, p. in-8°, 1892.

Hofmokl. — Hœmatocele retrouterina (Ponction, später Incision durch das hintere Laquear. Drainage. Heilung). *Ber. d. K. K. Krankenanstalt Rudolph, Stiftung in Wien.*, p. 393, 1892.

Quénu. — *Soc. de chirurgie*, 22 nov., Paris, 1893.

Lammiman. — *The Lancet*, 30 déc. 1893.

Ross. — *Am. Journ. of obst.*, p. 1, 1893.

Gauthier. — *De la grossesse extra-utérine*, Th. de Paris, 1893.

Le Dentu. — *Leçon faite à l'hôpital Necker*, le 12 déc. 1893.

Tuffier (laparotomie). — *Société de chirurgie*, 22 nov. 1893.

Gouilloud. — Salpingectomie vaginale unilatérale pour petits pyosalpinx (histoire de la salpingectomie vagin.). *Arch. tocol.*, février 1893.

Cabot. — *Boston medical*, 1893.

Cragin. — *Americ. J. of. obst.*, 1893.

Sænger (laparotomie). — *Centralbl. f. Gynäk.*, n° 25, p. 580, 1893.

Mastrostefano (R.). — Ematocele retrouterino suppurato, apertura in vagina e guarigione. *Rassegna ostet. e ginec.*, ii 201-208, Napoli, 1893.

Routh. — A Lecture on pelvic hœmatoma and hœmatocele. *Clin. J. London*, iii 59-74, 1893-1894.

Cestan. — *Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne.* Th. Paris, 1894.

Pilliet, Doléris. — Rupture du sac fœtal. *Nouvelles Archives de gynée. et d'obst.*, Mémoires, p. 1, 1894.

Wallaert. — *Du traitement de l'hématocèle rétro-utérine.* Th. Lille, 1894.

Mangin. — Évacuation par l'incision vaginale des collections pelviennes d'origine inflammatoire ou hématique, *Nouvelles Archives d'obst. et de gynée.*, 25 janv. 1894.

Hofmokl. — 13 Fälle von Hœmatocele. *Wien. med. Woch.*, p. 1211, 1258, 1292, 1894.

Harrison. — Hematocele retro-uterine. *Ann. Gynäk. a. Pædiat.*, Phila., 1893-1894. *Tr. Ann. Gyné. Soc.*, 337-348 ; Phila., 1894.

Roche. — Hématocèle rétro-utérine suppurée. Incision du Douglas ; Guérison. *Congrès périod. int. de gynéc. et d'obst.*, Bruxelles, 1894, i. 259.

Colgrove. — A few practical points in the diagnosis and treatment of pelvic hœmatocele. *American gynæk. and obst. Journ.*, N-Y., t. VI, p. 388, 1895.

Condamin. — Traitement par la voie vaginale des hématoceles et des grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal. *Arch. de Tocol.*, février, p. 144, 1895.

Imp. G. St-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Haute-Marne).